

健
保
処
理
欄

※健保記入欄

記入例

療 養 費
第二家族療養費

支給申請書

※色づきの部分をご記入ください

※ 和暦でご記入ください

① 被保険者等 記号・番号	〇〇〇	〇〇〇〇〇〇	② 傷病名	※医師の意見書を見て ご記入ください	
③ 発病又は負傷の 年月日	〇	年	〇	月	〇
④ 発病又は負傷 の原因	ランニング中に転倒等				
⑤ 療養に要した 費用の額	領収証の金額		円	⑥ 診療を受けた 期間	〇年 〇月 〇日から 〇年 〇月 〇日まで 〇 日
⑦ 診療を受けた 医療機関等	名称	〇〇病院			
	所在地	〇〇市〇〇町〇-〇			
	医師の氏名	〇〇 〇〇			
⑧ 療養の給付を受 けることができ なかった理由	・治療用装具（治療用眼鏡）は給付対象外のため ・旅行中、マイナ保険証を不携帯だったため 等				
⑨ 傷病が第三者の 行為によるとき はその事実並び に第三者の情報	状況	※該当される場合はご記入ください			
	住所				
	氏名				
⑩ 申請が被扶養者 に関するときは その者の	氏名	健保 花子	続柄	妻	
	生年月日	〇	年	〇	月
⑪ 振込希望の銀行	※通常は経費精算口座（CD口座）へのお振込みとなります				
上記の通り申請します。					
⑫	〇年 〇月 〇日	申請者	住所	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 宝塚市中山台1-1-1	
			氏名	健保 太郎	
	クラレ健康保険組合理事長 殿		電話	〇〇 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇	
⑬ 確認欄	<input checked="" type="checkbox"/> この申請については、申請者本人（被保険者）が作成したものです。				

申請内容	必要な添付書類
治療用装具	●医師の意見書（原本） ●領収証（原本）*明細書もある場合は添付してください <靴型装具の場合は下記も添付願います> ●当該装具の写真（実際に装着する現物であることが確認できるもの）
治療用眼鏡	●弱視等治療用眼鏡等作成指示書（原本） ●領収書（原本）*明細書もある場合は添付してください
自費診療費	●領収証、診療明細書（原本） <領収証に初診料などの明細が記載されていない場合は下記も添付願います> ●診療報酬明細書の写し（※開封厳禁） *医療機関へ発行を依頼してください